

 INTER'AIDE Association Intermédiaire 26, Avenue Emmanuel d'Alzon 30120 LE VIGAN 04 67 81 08 20 24, Route d'Alès 30170 St Hippolyte du Fort 04 66 93 07 22 mad.interaide@orange.fr	QUESTIONNAIRE D'ACCUEIL  Cadre réservé à l'Association Inter'Aide Inscrit le : Par : Numéro d'inscription GTA :	Photo
---	---	--

Siret 38482785300027 - n° d'Agrément 92-0387 - APE 8899B

Vous

Identité :

Nom :	Nom de jeune fille :	Prénom :
Date de naissance :	Age :	
Commune de naissance :	Pays de naissance :	Nationalité :
Département de naissance :		

Contact :

Adresse :	
Code postal :	Ville :
N° Portable :	N° Fixe :
Adresse mail :	

Situation familiale :

☐ Vie maritale
 ☐ Marié(e)
 ☐ Pacsé(e)
 ☐ Célibataire
 ☐ Séparé
 ☐ Veuf
 ☐ Divorcé

Nombre d'enfants :	Combien d'enfants sont à votre charge ? :
--------------------	---

Mobilité :

Permis en cours de validité : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	Avez-vous un véhicule ? : ☐ Voiture ☐ Deux roues motorisé ☐ Vélo ☐ Autre véhicule :	Autre permis : ☐ FIMO ☐ FCOS ☐ CACES Date de validité :
--	---	--

Documents administratifs – (photocopie des justificatifs à joindre au dossier)

 **Assuré Social :** ☐ Oui ☐ Non

Date d'ouverture des droits :

Numéro de sécurité sociale :

 **Document d'identité valide et autorisation de travail :**

Carte d'identité	Date de fin de validité :	
Carte de séjour	Date de fin de validité :	Numéro :

 **Demandeur d'emploi inscrit au Pôle Emploi :** ☐ Oui ☐ Non

N° Identifiant :	Date d'inscription :
Demandeur d'emploi longue durée : ☐ Oui ☐ Non	Indemnisation Pôle Emploi : ☐ ARE ☐ ASS ☐ Autres :

 **Bénéficiaire du RSA :** ☐ Oui ☐ Non

N° Allocataire CAF :	Date de 1 ^{ère} obtention :
Indemnisation CAF : ☐ RSA Socle ☐ RSA Socle et Activité ☐ RSA Activité ☐ RSA Majoré	

 **Santé au Travail :**

Reconnaissance Travailleur Handicapé :	☐ Oui ☐ Non
Allocation Adulte Handicapé :	☐ Oui ☐ Non

 **Visite médicale de travail :** ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière visite médicale de travail :

 **Couverture frais de santé :**

☐ Mutuelle ☐ CMU ☐ Aucune couverture	Date d'ouverture des droits :
Si pas de couverture, souhaitez-vous souscrire à la mutuelle de l'Association Intermédiaire ? : ☐ Oui ☐ Non	

Justificatifs à fournir

- | | |
|--|---|
| ☐ Pièce d'identité (recto-verso) | ☐ Carte de séjour si nécessaire |
| ☐ Carte d'inscription Pôle Emploi | ☐ Carte de sécurité sociale ou CMU |
| ☐ Notification RSA ou ASSEDIC | ☐ Permis de conduire |
| ☐ Attestation CAF du mois en cours | ☐ CV |
| ☐ Attestation mutuelle | ☐ RQTH |
| ☐ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois à votre nom (à défaut attestation d'hébergement) | |
| ☐ Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B) | |

Référents



Qui vous a orienté vers l'Association Vigan Inter'Aide ?

Organisme : Tél :

Référent (Assistante sociale, PLIE, SPIP, Mission locale, Pôle Emploi, ...) :

Nom : Organisme : Tél :

Quelles missions souhaitez-vous faire avec l'Association Vigan Inter'Aide ?

☐ Accepte toutes propositions

☐ Seulement dans les domaines suivants :

☐ Êtes-vous disponible tous les jours pour travailler ? : ☐ Oui ☐ Non

Si non, quand et pourquoi ? :

Niveau et formation scolaire

Niveau de formation : Diplôme obtenu :

Autres formations :

Votre expérience professionnelle



Vos deux derniers emplois ?

Métier : Employeur :

Durée :

Métier : Employeur :

Durée :

Vos souhaits professionnels



Quel est (sont) le(s) métier(s) dans lequel vous souhaiteriez trouver un travail fixe ? : (classer par ordre de préférence 3 emplois)

1 / Intitulé du métier : ☐ ROME :

2 / Intitulé du métier : ☐ ROME :

3 / Intitulé du métier : ☐ ROME :

A prévenir en cas d'urgence

Nom, qualité et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

Afin de cerner au mieux vos compétences et qualifications, un conseiller de l'Association Vigan Inter'Aide vous recevra en entretien afin de lui remettre votre dossier d'inscription ainsi que les copies des documents demandés. **Toute demande d'inscription n'est valable qu'une fois le dossier complet.**

RDV le : Conseiller :

26, Avenue Emmanuel d'Alzon
30120 LE VIGAN
04 67 81 08 20
24, Route d'Alès
30170 St Hippolyte du Fort
04 66 93 07 22

mad.interaide@orange.fr

FICHE DE SORTIE

 **Situation à l'issue :**
(Justificatif de sortie à fournir)

Date de sortie : / /

☐ Emploi (intitulé du poste, type de contrat, durée, entreprise, date reprise) :

.....
.....
.....

☐ Création d'entreprise (nature du projet, à compter de, lieu) :

.....
.....
.....

☐ Formation (intitulé de la formation, nom de l'organisme, lieu, date) :

.....
.....
.....

☐ Nouvelle étape de parcours

.....
.....
.....

 **Préconisation pour la suite du parcours :**

- ☐ Travailler sur la valorisation de sa candidature
- ☐ Optimiser sa relation avec l'entreprise
- ☐ Dynamiser sa stratégie de recherche d'emploi
- ☐ Être soutenu dans ses démarches d'emploi
- ☐ Identifier d'autres pistes professionnelles
- ☐ Être accompagné pour s'orienter
- ☐ Construire son parcours de formation
- ☐ Autre